

紹介状(診療情報提供書)

RI検査用

年 月 日

岡山中央病院
放射線担当医先生侍史

医療機関
所在地・名称
医師氏名
電話番号

印

患者氏名	男	明・大・昭・平
	女	年 月 日生(歳)

紹介目的		R I 検査	
検査日時	年 月 日() AM/PM	時	分
検査部位			
<input type="checkbox"/> 脳血流 負荷(<input type="checkbox"/> 薬剤・ <input type="checkbox"/> なし)	循環器		
<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> TlCl		
<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> Tc-MIBI		
<input type="checkbox"/> 副甲状腺	<input type="checkbox"/> Tc-PYP		
<input type="checkbox"/> 肺血流	<input type="checkbox"/> Tc-tetorofosmin		
<input type="checkbox"/> 腎動態	<input type="checkbox"/> I-BMIPP		
<input type="checkbox"/> 副腎皮質	<input type="checkbox"/> I-MIBG		
<input type="checkbox"/> 副腎髄質	<input type="checkbox"/> TI+BMIPP		
<input type="checkbox"/> 炎症・腫瘍	<input type="checkbox"/> TI+MIBG		
<input type="checkbox"/> その他()	【撮影方法】		
	<input type="checkbox"/> 薬剤負荷+Delay		
	<input type="checkbox"/> 運動負荷+Delay		
	<input type="checkbox"/> 安静+Delay		
	<input type="checkbox"/> 安静のみ		
主訴及び傷病名			
既往歴及び家族歴 症状・治療経過 検査結果等			
現在の処方			
備考			